



2016-12

1. Urteile aus dem Medizinrecht

Zurechnungszusammenhang: Arzt haftet auch für Behandlungsfehler bei Folge-OP

Wird auf Grund eines ärztlichen Behandlungsfehlers ein weiterer Eingriff erforderlich und fehlerhaft durchgeführt, hat der erstbehandelnde Arzt auch für diesen Behandlungsfehler grundsätzlich zu haften. Der Zurechnungszusammenhang kann aber dann unterbrochen sein, wenn der zweitbehandelnde Arzt die ärztliche Sorgfaltspflicht in außergewöhnlich hohem Maße verletzt (besonders grober Behandlungsfehler). Die Annahme allein eines groben Behandlungsfehlers unterbricht den Zusammenhang dagegen nicht.

Infolge dessen hat das OLG Hamm entschieden, dass ein Krankenhaus, das eine Patientin erstmalig fehlerhaft wegen einer Magenanomalie operiert hat, auch für die Folgen einzustehen hat, die durch eine zweite, grob fehlerhafte Behandlung bei der notwendigen Revisionsoperation in einer anderen Klinik hervorgerufen wurden. Es hat das Krankenhaus zu einer Schmerzensgeld- und Schadenersatzzahlung in Höhe von mehr als 100.000 € verurteilt.

Bei der Revisionsoperation sei es grob behandlungsfehlerhaft versäumt worden, den Magen der operierten Klägerin korrekt aufzuhängen. Die Revisionsoperation sei aber aufgrund der behandlungsfehlerhaften Erstoperation notwendig gewesen. In einem solchen Fall habe der erstbehandelnde Arzt haftungsrechtlich für den weiteren Eingriff und die mit ihm verbundenen Folgen einzustehen. Das gelte grundsätzlich auch, wenn der weitere Eingriff behandlungsfehlerhaft erfolge. Eine Ausnahme sei in derartigen Fällen nur dann zu machen, wenn der die Zweitschädigung herbeiführende Arzt in außergewöhnlich hohem Maße die an ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten zu stellenden Anforderungen außer Acht lasse und derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoße, dass der nach seiner Zweitbehandlung eingetretene Schaden im Rahmen einer haftungsrechtlichen Bewertung allein seinem Handeln zuzuordnen sei. Daher lasse nur ein besonders grober Behandlungsfehler den Zurechnungszusammenhang zu einem früheren Behandlungsfehler entfallen.

Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 15.11.2016 – I-26 U 37/14

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2016/26_U_37_14_Urteil_20161115.html

400.000 € Schmerzensgeld nach grobem Behandlungsfehler bei Halswirbelsäulen-OP

Ist vor einer HWS-Operation eine neurologische Untersuchung geboten und unterbleibt diese, ist die Operation nicht indiziert. Die Vornahme eines schwerwiegenden operativen Eingriffs ohne zuvor gesicherte Diagnose kann als grober Behandlungsfehler zu werten sein. Dies hat das OLG Hamm entschieden und einer infolge einer Halswirbelsäulen-OP querschnittsgelähmten, selbständig atmungsunfähigen und sprachbeeinträchtigten Patientin ein Schmerzensgeld in Höhe von 400.000 € und die Freistellung von vorgerichtlichen Anwaltskosten von mehr als 10.000 € zugesprochen sowie die Ersatzpflicht der Beklagten hinsichtlich materieller Schäden der Klägerin festgestellt.

Die in mehreren Schritten erfolgte Behandlung der Patientin sei aufgrund mehrerer Behandlungsfehler jedenfalls in der Gesamtschau grob fehlerhaft gewesen. Im Rahmen der stationären Behandlung vor der OP habe nur eine unvollständige Befunderhebung stattgefunden. Es sei differentialdiagnostisch eine neurologische Untersuchung und eine umfassende Bildgebung durch MRT erforderlich gewesen. Dennoch sei der Klägerin eine Operation angeraten worden, die so weder dem Grunde, noch der Form nach indiziert gewesen sei. Konservative Behandlungsmethoden seien noch nicht ansatzweise ausgeschöpft gewesen. Man habe insoweit mit der Patientin die Möglichkeit eines konservativen Behandlungsversuchs besprechen müssen. Weiterhin sei die gewählte Operationsmethode nicht sinnvoll gewesen.

Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 11.11.2016 – I-26 U 111/15

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2016/26_U_111_15_Urteil_20161111.html

EuGH: Deutsche Arzneimittelpreisbindung gilt nicht für holländische Versandapotheke

Die deutschen Preisbindungsregeln für rezeptpflichtige Arzneimittel verstoßen gegen Europarecht. Sie stellen für ausländische Apotheken, die Kunden in Deutschland mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln beliefern, ein Handelshemmnis dar, das weder im Hinblick auf den Schutz der Gesundheit noch auf eine flächenmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gerechtfertigt ist.

Die Entscheidung erging vor dem Hintergrund einer erfolgreichen Klage der Wettbewerbszentrale auf Unterlassung der Empfehlung eines Bonus-Modells der Versandapotheke DocMorris. Die Klägerin war der Auffassung, dass die Rabatte der Versandapotheke gegen die im Arzneimittelgesetz und der Arzneimittelpreisverordnung festgelegte Preisbindung für rezeptpflichtige Arzneimittel verstoßen. Auf eine Anfrage des OLG Düsseldorf hin gelangte der Generalanwalt beim EuGH zu dem Ergebnis, dass die Arzneimittelpreisbindung in Deutschland ausländische Apotheken diskriminiere.

Europäischer Gerichtshof, Urteil vom 19.10.2016 – C-148/15

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=184671&pageIndex=0&doclang=DE&mode=req&dir=&occ=first&part=1>

Zahnärztlicher Vergütungsanspruch trotz Formnichtigkeit des Heil- und Kostenplans

Eine Zahnärztin hat eine Patientin letztlich erfolgreich auf Zahlung eines Eigenanteils an den zahnärztlichen Behandlungskosten in Höhe von knapp 4000 € verklagt, weil – so der BGH im Revisionsverfahren – die Berufung der Beklagten auf die Formunwirksamkeit des streitgegenständlichen Heil- und Kostenplans gegen Treu und Glauben (§ 242 BGB) verstößt.

Der BGH sah die strengen Kriterien für die Annahme eines Verstoßes gegen Treu und Glauben durch die Beklagte in Form einer besonders schweren Treupflichtverletzung erfüllt. Die über die geplanten Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten umfassend aufgeklärte Patientin habe sich bewusst für die teurere, über das zahnmedizinisch notwendige Maß hinausgehende zahnärztliche Versorgung entschieden. Dementsprechend habe sie allein den einen erheblichen Eigenanteil ausweisenden Heil- und Kostenplan bei ihrer Krankenversicherung eingereicht und nach Genehmigung der klagenden Zahnärztin vorgelegt, um auf dieser Basis die zahnprothetische Versorgung vornehmen zu lassen. Erstmals nach Abschluss der Behandlung, nachdem die Patientin sämtliche Vorteile aus der zahnärztlichen Versorgung gemäß dem Heil- und Kostenplan in Anspruch genommen hatte, habe sie sich auf die Nichteinhaltung der Schriftform berufen.

Das Vertrauen der Zahnärztin auf das Zustandekommen einer wirksamen Honorarvereinbarung hielt der BGH auch für schutzwürdig. Denn bei einem formnichtigen Heil- und Kostenplan stehe der Schutzzweck des § 2 Abs. 3 S. 1 GOZ, den Zahlungspflichtigen über die geplanten Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten zuverlässig zu informieren und ihn von einer unüberlegten und übereilten Honorarvereinbarung abzuhalten, Ansprüchen des behandelnden Zahnarztes aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigter Bereicherung entgegen, sodass der Klägerin lediglich ihr Anspruch aus § 611 BGB in Verbindung mit dem Heil- und Kostenplan verblieb.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 03.11.2016 – III ZR 286/15

http://www.rechtsprechung-im-internet.de/jportal/portal/t/19ke/page/bsjrsprod.psm!?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=10908&fromdoctodoc=yes&doc.id=KORE302002016&doc.part=L&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint

Zahnarzt scheitert mit Klage gegen Kürzungsbescheid nach Wirtschaftlichkeitsprüfung

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der statistischen Durchschnittsprüfung ergibt ein offensichtliches Missverhältnis bereits bei einer Überschreitung von 40-60 Prozent des Gesamtfallwertes. Die Amtsermittlungspflicht endet bei Tatsachen der individuellen Praxisgegebenheiten des Arztes; dieser muss insoweit umfassend vortragen und verifizieren.

Sozialgericht München, Urteil vom 09.11.2016 – S 38 KA 5170/15

<http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-74292?hl=true&AspxAutoDetectCookieSupport=1>

Gericht sieht Zahnärztin abhängig beschäftigt

Gehört die gesamte Praxiseinrichtung dem Seniorpartner, der die Praxiseinrichtung der Gemeinschaftspraxis der Juniorpartnerin nur (unentgeltlich) zur Nutzung zur Verfügung stellt und muss er auch zumindest mittelbar allein für die Begleichung sämtlicher Praxisausgaben aufkommen, während die Juniorpartnerin keine Risiken trägt und beschränkte Geschäftsführungsbefugnisse hat, so liegt eine abhängige Beschäftigung der Juniorpartnerin vor. Vertragsarztrechtliche Einordnungen sind insofern zweitrangig.

Infolgedessen wurde der Juniorpartnerin einer BAG der Status als Freiberuflerin aberkannt. Das Gericht wies darauf hin, dass die gelebte Konstruktion der BAG auch kassenarztrechtlich nicht zulässig sei, weil die Zahnärztin nicht „in freier Praxis“ tätig sei.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23.11.2016 – L 5 R 1176/16

http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=21598

Wettbewerbsverstoß durch fälschliche Bezeichnung als "Dr. med. dent." im Internet

Das Landgericht Hamburg hat einer (Zahn-)Ärztin untersagt, die Bezeichnung „Dr. med. dent.“ oder „Dr. dent.“ zu verwenden bzw. verwenden zu lassen, sofern sie diesen Titel nicht nachweislich erworben hat. Demnach müssen Ärzte, die keinen Dokortitel tragen, aber im Internet (etwa in Internetportalen wie jameda.de oder sanego.de) mit einem solchen Titel geführt werden, nunmehr dagegen vorgehen, wenn sie Kenntnis davon erlangen. Das gilt auch, sofern sie die Einträge nicht selbst veranlasst haben. Diese Pflicht resultiert aus der ansonsten unverändert fortbestehenden Irreführung hinsichtlich Befähigung und Qualifikation der fälschlich betitelten Person, so das Gericht.

Landgericht Hamburg, Urteil vom 26.07.2016 – 312 O 574/15

<http://www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bsharprod.psm!showdoccase=1&doc.id=JURE160014630&st=ent>

Arzt darf nicht für Folgeversicherung werben

Ärztinnen und Ärzten ist verboten, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben (§ 3 Abs. 1 S. 3 MBO-Ä). Das LG Düsseldorf hat vor diesem Hintergrund mit rechtskräftigem Urteil den Inhaber einer Privatpraxis für plastische und ästhetische Chirurgie und Chefarzt sowie Geschäftsführer einer Schönheitsklinik zur Unterlassung eines Werbe-Auftritts auf der Klinik-Homepage verurteilt.

Dort hatte der Arzt für eine sog. Folgekostenversicherung geworben, die in Ergänzung zur GKV Versicherungsschutz für eventuelle Rückforderungsansprüche der Krankenkassen bei Komplikationen nach kosmetischen und medizinisch nicht notwendigen Operationen gewährleistet. Im Gegenzug wurde er im Werbeauftritt des Versicherungsunternehmens doppelt als Facharzt gelistet, erhielt dort eine „kostenlose Werbepattform und Präsentationsmöglichkeit“.

Das Gericht stellte Unlauterkeit dieser Zusammenarbeit im Sinne der berufsrechtlichen Vorschriften und einen Verstoß gegen den UWG fest.

Landgericht Düsseldorf, Urteil vom 19.08.2016 – 38 O 15/16

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/lgs/duesseldorf/lg_duesseldorf/j2016/38_O_15_16_Urteil_20160819.html

Arzt darf unlautere Werbung mit seinen Aussagen nicht dulden

Bewirbt ein Unternehmen ein Produkt (hier: Lebensmittel für kalorienarme Ernährung zur Gewichtsverringerung) mit einem Zitat, einem Interview oder mit Fotos eines Arztes, liegt darin zum einen eine unzulässige Empfehlung im Sinne der Health Claims Verordnung und zum anderen ein Verstoß des Arztes gegen das berufsrechtliche Verbot, seinen Namen nicht in unlauterer Weise für Werbezwecke zur verwenden (§ 3 Abs. 1 S. 3 MBO-Ä).

Der beklagte Arzt hatte in einem TV-Werbespot und Printanzeigen darauf hingewiesen, dass „Almased Vitalkost“ in idealer Weise die Anforderungen an ein eiweißergänzt Fasten erfülle. Auf Klage der Wettbewerbszentrale hin wurde er zur Unterlassung verurteilt. Der Arzt habe die unzulässige und damit unlautere Produktwerbung nicht dulden dürfen, so das Gericht. Die Berufung des Arztes wurde zurückgewiesen. Er habe nicht vorgetragen überhaupt versucht zu haben, auf eine Unterbindung der unlauteren Werbung hinzuwirken. Zudem sei nicht ersichtlich, weshalb ihm eine zumindest auf sein Foto und seine Namensnennung bezogene Einwirkung nicht möglich gewesen sein sollte, selbst wenn seine Zitate und Fotos ohne Autorisierung genutzt worden sein sollten. Wer gegen eine derartige, vermeintlich nicht autorisierte Verwendung seines Namens und seiner ärztlichen Berufsbezeichnung nicht – notfalls gerichtlich – einschreitet, trägt die lauterkeitsrechtliche Verantwortung gemäß § 4 Nr. 11 UWG a.F. i.V.m. den einschlägigen berufsrechtlichen Verbotsnormen, so das OLG. Der Rechtsstreit ist als Nichtzulassungsbeschwerde beim BGH anhängig (I ZR 97/16).

Oberlandesgericht Celle, Beschluss vom 09.06.2016 – 13 U 155/15

- veröffentlicht unter juris.de -

2. Aktuelles

Kabinett beschließt Entwurf des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes

Das Bundeskabinett hat am 16.11.2016 den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) beschlossen. Das Gesetz soll die Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane stärken und die Transparenz im Verwaltungshandeln erhöhen. Im Übrigen sieht der Entwurf unter anderem ein effektives aufsichtsrechtliches Instrumentarium zur Beseitigung von Rechtsverstößen vor.

Zum Gesetzesentwurf:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/SVSG_Kabinett.pdf

Pflegestärkungsgesetze II und III in Kraft getreten

Das Pflegestärkungsgesetz (PSG II) soll die Grundlage für mehr Individualität in der Pflege schaffen. Es ist am 01.01.2017 in Kraft getreten. Sein Herzstück ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, mit dem die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Auf dieser Grundlage erhalten ab 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. In der Begutachtung durch den MDK geht es vom 01.01.2017 an nicht mehr darum, bei einem pflegebedürftigen Menschen einen Zeitaufwand für alltägliche Verrichtungen zu ermitteln, sondern darum, wie selbständig er bei der Bewältigung seines Alltags ist. Körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen sind gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Das MDK-Gutachten zur Einstufung in einen Pflegegrad soll den Betroffenen künftig automatisch, also ohne die bislang erforderliche Antragstellung, mit Widerspruchsmöglichkeit zugehen. Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet.

Am 01.12.2016 hat der Bundestag das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) verabschiedet. Mit Änderungen insbesondere des SGB XI und XII bildet es den Abschluss der Pflegereform. Auch das zustimmungspflichtige PSG III ist am 01.01.2017 in Kraft getreten. Ausgenommen davon sind die Regelungen mit Bezug auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für Pflegebedürftige mit einer Behinderung, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben.

Beschlussempfehlung und Bericht:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/105/1810510.pdf>

Bundesrat billigt bessere Versorgung psychisch Kranker

Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird optimiert und an die speziellen Erfordernisse der Kliniken und Patienten angepasst. Entsprechende Regelungen enthält das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), das der Bundesrat am 25.11.2016 gebilligt hat. Die Gesetzesnovelle entwickelt das pauschalierende Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen weiter.

Zum Gesetzesentwurf:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160803_PsychVVG_Kabinett.pdf

G-BA Beschlüsse

Zur im Juni 2016 auf den Weg gebrachten **Strukturreform der ambulanten Psychotherapie** hat der G-BA am 24.11.2016 aufgrund einer Teilbeanstandung des BMG mit Auflagen verschiedene Änderungen beschlossen. Auf den Einsatz von Dokumentationsbögen wird nun verzichtet. Die psychotherapeutische Sprechstunde ist künftig eine verpflichtende Leistung, die von allen Vertragspsychotherapeuten angeboten werden muss. Therapeuten haben dafür künftig pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag in der Regel mindestens 100 Minuten, bei einem hälftigen Versorgungsauftrag in der Regel mindestens 50 Minuten zur Verfügung zu stellen. Abweichungen von dieser Mindestvorgabe können die Kassenärztlichen Vereinigungen in Abhängigkeit von der Versorgungssituation regeln. Zur Sicherstellung des Angebots ist eine telefonische persönliche Erreichbarkeit des Therapeuten oder des Praxispersonals von 200 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten zu gewährleisten (entsprechend gelten 100 Minuten pro Woche bei hälftigem Versorgungsauftrag). Die Veränderungen an der Psychotherapie-Richtlinie finden ab 01.04.2017 Anwendung.

Ursprünglicher Beschluss, Änderungen und Richtlinie:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2634>

Ebenfalls am 24.11. 2016 hat der G-BA Regelungen beschlossen, nach denen Krankenhäuser und Krankenkassen künftig die sog. **Sicherstellungszuschläge** zu vereinbaren haben. Die Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses, die Auswirkungen unzureichender Qualität sowie die Überprüfung der Zuschlagsfähigkeit durch die zuständigen Landesbehörden wurden bundeseinheitlich festgelegt.

Sicherstellungszuschläge sind ein Instrument, um in strukturschwachen Regionen und auf Inseln ein stationäres Versorgungsangebot aufrecht zu erhalten. Es geht um Krankenhäuser, die sich zwar aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend aus den regulären Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser finanzieren können, aber dennoch für eine flächendeckende Basisversorgung unverzichtbar sind.

Beschluss und tragende Gründe:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2782>

Am 15.12.2016 hat der G-BA § 8 seiner **Krankentransport-Richtlinie** an neue Maßstäbe der Pflegebedürftigkeit **angepasst**, da mit Wirkung zum 01.01.2017 wird mit dem PSG II ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in das SGB XI eingeführt und die bisherigen Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt werden (s.o.).

Für Patienten ab dem Pflegegrad 3 können Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt werden. Beim Pflegegrad 3 ergibt sich die dafür erforderliche dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung jedoch noch nicht aus dem Pflegegrad selbst. Sie muss zusätzlich ärztlich festgestellt und bescheinigt werden. Für Versicherte, die bis zum Jahreswechsel aufgrund der Einstufung in die Pflegestufe 2 einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten, gilt Bestandsschutz.

Die Änderungen treten bei Nichtbeanstandung durch das BMG frühestens zum 01.01.2017 in Kraft.

Beschlusstext, tragende Gründe, Richtlinie:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2813/>

Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen sowie Mukoviszidose- Patienten können künftig von einem interdisziplinären ambulanten Versorgungsangebot von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) profitieren. Entsprechende Beschlüsse hat der G-BA am 15.12.2016 gefasst. Die **Neuregelung zur ASV bei Mukoviszidose** kann nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Der **ASV-Beschluss zu rheumatologischen Erkrankungen** bedarf noch einer Vervollständigung durch einen weiteren Beschluss des G-BA-Plenums, der für Mai 2017 geplant ist.

Zum weiteren Vorgehen hat der G-BA beschlossen, als nächste für eine Behandlung im Rahmen der ASV in Frage kommende Erkrankung mit besonderem Verlauf urologische Tumoren sowie die primär sklerosierende Cholangitis zu beraten. Bisher hat der G-BA in seiner Richtlinie das Nähere zur interdisziplinären Behandlung im Rahmen der ASV für Patienten mit Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose, Marfan-Syndrom, gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologischen Tumoren sowie pulmonaler Hypertonie festgelegt.

Beschlüsse, tragende Gründe, Richtlinie:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2825/>

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2826/>

Ebenfalls am 15.12.2016 hat der G-BA eine neue **Übergangsregelung zur Erfüllung der verpflichtenden Personalanforderungen an die Intensivpflege in Perinatalzentren** beschlossen: Auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums muss ab dem 01.01.2017 jederzeit mindestens ein Kinderkrankenpfleger je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm verfügbar sein; bei der Intensivüberwachung gilt ein Schlüssel

von eins zu zwei. 40 bzw. 30 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes müssen außerdem eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben.

Perinatalzentren, die diese unverändert geltenden verpflichtenden Vorgaben nicht erfüllen, können hiervon längstens bis zum 31.12.2019 abweichen – allerdings nur, wenn sie zum Abschluss einer konkreten Zielvereinbarung zur Erfüllung der Personalvorgaben auf Landesebene bereit sind. Hierzu wird der G-BA noch Vorgaben beschließen.

Beschlusstext:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2806/>

Mit einer **Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie** hat der G-BA am 15.12.2016 eine Regelungslücke im Bereich der gemeinsamen Berufsausübung Psychologischer Psychotherapeuten bei bestehenden Zulassungsbeschränkungen geschlossen. Während Psychologische Psychotherapeuten, die eine Anstellung in einer vertragspsychotherapeutischen Praxis eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anstrebten, sich im Falle der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschränken müssen, galt diese Beschränkung bisher nicht für Psychologische Psychotherapeuten, die sich mit einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Jobsharing zusammenschließen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Diese Ungleichbehandlung wurde durch die beschlossene Richtlinien-Änderung aufgehoben.

Beschlusstext, tragende Gründe, Richtlinie:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2824/>

Einem weiteren Beschluss des G-BA vom 15.12.2016 zufolge gibt es auch für die vertragszahnärztliche Versorgung künftig eine **Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte** mit einem eigenen Heilmittel-Katalog. Bei krankheitsbedingten strukturellen oder funktionellen Schädigungen des Mund-, Kiefer oder Gesichtsbereichs dürfen Zahnärzte bestimmte Maßnahmen der Physiotherapie, der Physikalischen Therapie oder der Sprech- und Sprachtherapie verordnen. Die neue Richtlinie gliedert sich in zwei Teile. Ein allgemeiner Teil regelt die grundlegenden Voraussetzungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärzte. Der zweite Teil umfasst den Heilmittelkatalog. Er ordnet einzelnen medizinischen Indikationen das jeweilige verordnungsfähige Heilmittel zu, beschreibt das Ziel der jeweiligen Therapie und legt die Verordnungsmengen im Regelfall fest.

Der Beschluss über die neue Richtlinie wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger, aber nicht vor dem 01.07.2017, in Kraft.

Beschlusstext, tragende Gründe:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2814/>

Frühjahrstagung vom 31. März - 01. April 2017 im Westin Hotel, Leipzig

Sie können sich ab sofort für unsere Frühjahrstagung in Leipzig anmelden. Auch dieses Mal erwarten Sie wieder ausgesprochen aktuelle Themen und vor allem ausgezeichnete Referenten. Daneben bieten wir Ihnen ein sehr attraktives Abendprogramm in der Porsche Welt Leipzig mit Werksführung, Renntaxi fahren sowie anschließendem gemeinsamen Abendessen.

Programm und Anmeldeformular finden Sie auf den Seiten der [AG Medizinrecht](#). Zur Onlineanmeldung einfach [hier](#) klicken.

4. Stellenanzeigen

Eine Stellenanzeige der Kanzlei am Ärztehaus lautet:

Die Kanzlei am Ärztehaus ist eine im Medizinrecht tätige Kanzlei mit Standorten in Münster, Dortmund und Köln.

Wir sind auf die Beratung von niedergelassenen und angestellten Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, Chef- und Krankenhausärzten, Apothekern, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, Verbänden und Körperschaften des Gesundheitswesens spezialisiert.

Zur Verstärkung unseres Teams in **Münster** suchen wir für den Bereich der Vertragsgestaltung im Gesundheitswesen eine(n) hochmotivierte(n)

Fachanwalt (m/w) für Handels- und Gesellschaftsrecht.

Sie verfügen über eine überdurchschnittliche fachliche Qualifikation und haben zudem idealerweise bereits berufliche Erfahrungen im Vertragsrecht der Heilberufe gesammelt. Teamfähigkeit, Engagement und ein überzeugendes Auftreten zeichnen Sie aus. Wir bieten eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit mit guten Perspektiven in einer hochspezialisierten Kanzlei.

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte unter Angabe Ihres möglichen Eintrittstermins an die

Kanzlei am Ärztehaus
– persönlich/vertraulich –
RA Michael Frehse
Dorpatweg 10
48159 Münster
m.frehse@kanzlei-am-aerztehaus.de

Impressum

Herausgegeben vom Geschäftsführenden Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein

Littenstraße 11
10179 Berlin
Telefon 030 – 72 61 52 – 0
Fax 030 – 72 61 52 – 190

V.i.S.d.P.: Rechtsanwalt Tim Hesse, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

Redaktion, Copyright: Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

Alle Angaben ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit

Für eine Abmeldung aus dem Newsletter-Verteiler wenden Sie sich bitte an die Mitgliederverwaltung des DAV: Frau Doreen Wolf (wolf_d@anwaltverein.de)